

問 診 票

他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は受付へご提出ください。(あり・なし)

身長 cm 体重 kg

ふりがな お名前 男・女	生年月日 昭・平 年 月 日 歳	職業
連絡しても差し支えない住所・連絡先を記入してください。※診療申込書と同様の場合は記入不要です		
住所 〒	電話 携帯	(自宅・会社)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。
 ◆厚生労働省の規定により、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定しております。

1. マイナンバーカード健康保険証(マイナ保険証)による診療情報取得に同意しますか? はい / いいえ
2. この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受診しましたか? はい / いいえ
 健診時期(年 月頃) 指摘事項()

該当する項目に☑チェックを入れてください。

3. 本日受診されたきっかけは何ですか? (複数回答可)
 - 発熱 鼻汁 咽頭痛 咳嗽 頭痛 関節痛 倦怠感 腹痛 胃部不快 吐き気
 - 胸痛 動悸 息苦しさ 気になる症状がある ()
 - 健診で指摘 [蛋白尿 血尿 心電図異常 再検査が必要な検査項目がある(項目)]
 - 一般内科 / 腎臓内科 / 循環器内科 / 移植外来 / その他 () の受診を希望して
4. その症状はいつごろからありますか? ()
5. 今までにかかった主な病気、または現在治療中の病気はありますか? はい / いいえ
 - (病名) (歳頃) 手術後 治療完了 通院中(病院名)
 - (病名) (歳頃) 手術後 治療完了 通院中(病院名)
 - (病名) (歳頃) 手術後 治療完了 通院中(病院名)

6. 現在内服している薬はありますか? (市販のビタミン剤、漢方薬含む) なし / あり
 「あり」の方は薬の名前・種類を記入してください。

※お薬手帳を提示していただいた方・マイナ保険証による診療情報取得に同意した方は記入不要です。

7. アレルギーがありますか? 特定の薬・食べ物で体調が悪くなったことがありますか? なし / あり
 - 薬剤 (薬剤名)
 - 食べ物 (食物の名前)
 - 花粉症 喘息 じんましん アトピー その他()

2枚目(裏面)に続きます

8. 血のつながった家族・親族に次の病気はありますか？カッコ内には関係を記入してください。

〈例：父、母、兄弟姉妹、父方／母方の祖父・祖母・おじ・おば等〉

- 脳卒中 () 心臓病 () 癌 ()
 高血圧 () 糖尿病 () 腎臓病 ()
 喘息 () アトピー () リウマチ ()
 その他 (病名) ()
 なし

9. 女性の方にお尋ねします。現在妊娠の可能性はありますか？ はい / いいえ

10. 当院をどのようにして知りましたか？（複数回答可）

- 他院医師からの紹介 当院患者からの紹介 知人の紹介 インターネット 看板
 その他 ()

ありがとうございました 新宿石川クリニック